

傷病・障害状況届出書

調布市長 宛

住 所

届出者名

次のとおり届出いたします。

下記に該当する保護者名	
傷病の場合	障害の場合
傷病名 _____ ※医師の診断書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 入院 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 通院 (年 月 日から) 通院回数 _____ 回 / 週・月 入院・通院の終了予定日 _____ 年 月 日頃 予定・未定 病院名 _____	手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・「有」の場合 ※手帳の写しを添付してください。 手帳名 _____ ・ _____ 級(度) ・「無」の場合 ※医師の診断書を添付してください。 診断名 _____
1 該当の保護者は、現在どのような看(介)護を受けているか、またはこれから受ける必要があるか具体的に記入してください。 _____ 2 該当の保護者は自宅安静が必要と医師から指示されていますか。(はい・いいえ) 「はい」と答えた方は、どのくらいの期間必要と指示されたかを記入してください。 _____ 週間 又は _____ 箇月 3 該当の保護者は日常生活をおくるうえで、困難なことがありますか。(はい・いいえ) 「はい」と答えた方は、どのようなことか具体的に記入してください。 _____	
備考	